

. 经验介绍 .

额部与顶部钻孔引流术治疗慢性硬膜下血肿的比较

肖小华 邓 明 袁海涛 李国亮 童 端 邸 方

**【摘要】目的** 比较额部与顶部钻孔引流术治疗慢性硬膜下血肿的临床疗效。**方法** 回顾性分析 78 例慢性硬膜下血肿患者的临床资料,根据钻孔部位的不同分为额部引流组(钻孔位置为患侧冠状缝前、中线旁开 3.0 cm 处;n=32)和顶部引流组(钻孔位置在顶结节稍前方;n=46)。**结果** 顶部引流组与额部引流组术后癫痫发作、硬膜下积液、颅内积气的发生率分别为 15.2%和 0、63.0%和 34.4%、39.1%和 12.5%,两组差异有统计学意义( $P<0.05$ )。顶部引流组和额部引流组血肿复发率分别为 2.2%和 0,但两组差异无统计学意义( $P>0.05$ )。术后随访 6 个月,按 GOS 评分评估患者预后,额部引流组恢复良好 29 例(90.6%),中残 3 例(9.4%);顶部引流组恢复良好 41 例(89.1%),中残 5 例(10.9%);两组患者预后无显著差异( $P>0.05$ )。**结论** 额部钻孔引流术治疗慢性硬膜下血肿的疗效与顶部钻孔引流术相当,但前者术后并发症明显减少。

**【关键词】** 慢性硬膜下血肿;钻孔引流术;并发症;预后

**【文章编号】** 1009-153X(2015)02-0105-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 651.1\*5; R 651.1\*1

目前,钻孔引流术已成为治疗慢性硬膜下血肿(chronic subdural hematoma, CSDH)的首选术式,但是在具体的手术方法上存在一些差别<sup>[1-4]</sup>。就钻孔的部位而言,以往多选择在顶结节稍前方的位置,并取得了良好的疗效,但仍然存在着一一定的并发症<sup>[5]</sup>。近年来,对于累及额部的 CSDH 有经额部钻孔引流治疗该病的报道<sup>[6,7]</sup>。本研究采用经额部及顶部钻孔引流术治疗 CSDH 共 78 例,探讨这两种方法的疗效,以期临床实践提供指导。

1 临床资料

1.1 研究对象 2007 年 1 月至 2013 年 12 月共收治 CSDH 患者 91 例,将随访资料齐全的 78 例患者纳入本研究,其中男 52 例,女 26 例;年龄 46~84 岁,平均 64.2 岁;病程 3 周~4 个月,平均 1.5 个月。57 例有头部外伤史,其余 21 例外伤史不明确(2 例有口服抗凝药物史)。所有患者均存在不同程度的头痛、头昏,49 例出现对侧肢体无力,5 例出现人格改变、智力减退等症状。所有患者术前均行头颅 CT、MRI 检查,并且经手术确诊为 CSDH,血肿位于左侧 28 例、右侧 36 例、双侧 14 例;血肿量为 55~200 ml。所有患者的首次治疗方式均为钻孔引流术。根据钻孔位置不同分为额部引流组(n=32)和顶部引流组(n=46)。额部引流组男 20 例,女 12 例;年龄(64.5±17.1)岁;改良

Markwalder 分级<sup>[8]</sup> I 级 10 例,Ⅱ级 20 例,Ⅲ级 2 例。顶部引流组男 32 例,女 14 例;年龄(66.2±16.8);改良 Markwalder 分级 I 级 14 例,Ⅱ级 29 例,Ⅲ级 3 例。两组患者的性别、年龄及临床分级无统计学差异( $P>0.05$ )。

1.2 手术方法 额部引流组钻孔位置为患侧冠状缝前、中线旁开 3.0 cm 处。引流管置入深度达血肿长径的一半左右。顶部引流组钻孔位置在顶结节稍前方。术后患者取去枕平卧位,引流袋放置于床面上。根据复查头颅 CT 的情况,决定拔管时间。

1.3 术后随访及疗效评价 术后 1、3、6 月通过门诊和(或)电话随访,随访内容包括临床症状、体征的恢复情况,头颅 CT 上有无颅内积气、硬膜下积液、血肿复发及脑组织复位情况等。按照 GOS 对患者的总体疗效进行评估。

1.4 统计学分析 采用 SPSS 20.0 软件进行分析;计量资料以  $\bar{x}\pm s$  表示,采用  $t$  检验;计数资料采用  $\chi^2$  检验; $P<0.05$  为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 术后并发症 顶部引流组术后发生颅内积气 18 例(39.1%)、癫痫发作 7 例(15.2%)、硬膜下积液 29 例(63.0%),血肿复发 1 例(2.2%)。额部引流组术后发生颅内积气 4 例(12.5%)、硬膜下积液 11 例(34.4%),无癫痫发作及血肿复发。两组术后颅内积气、癫痫发作和硬膜下积液的发生率差异显著( $P<0.05$ )。随访期间,顶部引流组中 1 例患者硬膜下积液增多,表现出遗忘、计算不能等认知功能损害的症

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2015.02.014  
作者单位:430040,武汉市东西湖区人民医院神经外科(肖小华、邓明、袁海涛、李国亮、童 端、邸 方)

状,行硬膜下腔-腹腔分流术后患者症状缓解。此外,顶部引流组中 1 例患者血肿复发,再次入院行钻孔引流术,术后恢复良好。

2.2 临床疗效 额部引流组恢复良好 29 例(90.6%),中残 3 例(9.4%);顶部引流组恢复良好 41 例(89.1%),中残 5 例(10.9%)。两组患者预后差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 3 讨论

目前 CSDH 一般选择钻孔引流术,传统的方法是选择血肿最厚的位置行钻孔引流术(一般在顶结节稍前方)<sup>[9]</sup>。低位引流因其疗效肯定,在临床上已经得到广泛应用,但这种引流方式也存在着一些不足之处。文献[10]报道,因受术中体位的影响,在血肿最厚处切开包膜时空气容易进入血肿腔而形成硬膜下积气。此外还有学者认为,低位引流时血肿容易受患者体位变动及重力的影响而流出过快,此时脑组织尚未完全复位,可引起颅内积气和(或)硬膜下积液,甚至引发张力性气颅<sup>[6,7]</sup>。对于累及额部的 CSDH,经额部引流时,血肿随着脑组织的复位而逐渐溢出,其速度相对缓慢,同时复位膨起的脑组织将血肿的脏层包膜推向壁层包膜,从而使两层包膜贴合紧密,有利于血肿腔的闭合。

本组资料表明顶部引流组癫痫发生率较高。7 例患者均排除了颅内出血、脑水肿及电解质紊乱等,我们考虑癫痫发作可能与引流管对脑组织的刺激有关<sup>[11]</sup>。由于顶部钻孔时方向垂直于脑表面,引流管在骨孔处折曲后进入血肿腔,脑组织在复位过程中容易受到处于折曲状态的引流管的刺激而诱发癫痫。值得注意的是,与额部引流组相比,顶部引流组发生硬膜下积液的比例较高<sup>[12]</sup>。目前对硬膜下积液增多的治疗没有公认的方法,本组 1 例患者行硬膜下腔-腹腔分流术后好转。此外,硬膜下积液有向硬膜下血肿转化的可能,本组出现 1 例经积极治疗后好转。文献[13]报道,硬膜下积液是血肿复发的危险因素之一,这说明降低硬膜下积液发生率的重要性。本研究两组血肿复发率差异无统计学意义,可能与病例数较少及随访时间较短有关,有待进一步研究。

尽管两组患者的总体预后没有明显差异,一方面说明这两种方法均为治疗 CSDH 的有效方法;另一方面,这与并发症出现后进行了积极处理有关。但是,并发症的发生必然导致了患者病程的延长和经济负担的加重。所以从降低术后并发症的角度考

虑,选择额部钻孔引流术治疗 CSDH 是可取的。

综上所述,额部钻孔引流术治疗 CSDH 疗效确切,并且有利于减少术后并发症的发生。

### 【参考文献】

- [1] 李 军,刘万山,郭世文.单孔钻孔引流术治疗慢性硬膜下血肿 80 例临床分析[J].中华神经外科疾病研究杂志,2007,6(5):463-467.
- [2] 仇德利,刘江东.低位钻孔和高低置管引流术治疗慢性硬膜下血肿[J].中国临床神经外科杂志,2010,15(8):486-488.
- [3] Ishibashi A, Yokokura Y, Adachi H. A comparative study of treatments for chronic subdural hematoma: burr hole drainage versus burr hole drainage with irrigation [J]. Kurume Med J, 2011, 58(1): 35-39.
- [4] 徐义昌,许 兴,张 勇.单钻孔、不冲洗及闭式引流在治疗慢性硬膜下血肿中的应用[J].中国实用神经疾病杂志,2012,15(16):76-77.
- [5] 曹 鹏,孟 辉,刘国龙,等.慢性硬膜下血肿钻孔引流术后并发症临床分析[J].中华神经外科疾病研究杂志,2012,11(2):170-171.
- [6] 魏社鹏,赵继宗,周范民,等.额部钻孔冲洗虹吸引流术治疗慢性硬膜下血肿(附 139 例报告)[J].解放军医学杂志,2011,36(10):1077-1079.
- [7] 茅明凯,徐美仪,张 诚,等.经额部钻孔冲洗引流治疗慢性硬膜下血肿[J].安徽医学,2013,34(12):1818-1820.
- [8] Sun TF, Boet R, Poon WS. Non-surgical primary treatment of chronic subdural hematoma: preliminary results of using dexamethasone [J]. Br J Neurosurg, 2005, 19(4): 327-333.
- [9] 王晓平,王木华,林超男,等.慢性硬膜下血肿的近期文献总结[J].中华神经外科杂志,2008,24(12):956-958.
- [10] 李玉健,赵冬青,张建军.慢性硬膜下血肿术后颅内积气与手术方式相关性分析[J].医学信息,2011,24(6):3871-3872.
- [11] 林敏华,刘 虹,项 炜,等.102 例老年慢性硬膜下血肿患者的治疗[J].中华创伤杂志,2003,19(2):106.
- [12] 刘玉光,贾 涛,刘 猛,等.外伤性硬膜下积液的分型与临床特点[J].中华外科杂志,2003,41(10):763-765.
- [13] Ohba S, Kinoshita Y, Nakagawa T, et al. The risk factors for recurrence of chronic subdural hematoma [J]. Neurosurg Rev, 2013, 36(1): 145-149.

(2014-08-27 收稿,2014-11-07 修回)